

問診票 及び 診療申込書

記載された情報は診療のために使用させていただきます。

ふりがな		男	大正・昭和・平成・令和	職業	
氏名		女	年 月 日 歳		
住所		電話	— —	学生	学校 年

1. マイナ保険証 (マイナンバーカードの健康保険証利用) による情報取得に同意しますか⇒はい・いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力下さい。

●マイナ保険証を利用しない場合 医療情報・システム基盤体制充実加算 (初診時) 加算1 4点 が算定されます。

2. 右の図の症状のある部位に○をつけてください



3. いつから _____ 頃から

4. 原因

工作中・交通事故・転倒・ぶつめた・スポーツ中・誘因なし
その他 ()

5. 症状

痛み・しびれ・つっぱり・動きが悪い・冷える・変形
傷がある・腫脹・その他 ()

6. 当院を受診したきっかけ

知人の紹介 () 様・口コミ・雑誌・ホームページ
家が近所だから ・その他 ()

7. 受診の目的

MRI・レントゲン・処方・リハビリ・体外衝撃波・手術希望
治療方針の相談・ 装具作成・ その他 ()

8. 今回の症状で他医療機関に通院していましたか

いいえ・はい ⇒整骨院・鍼灸院・病院 (名称:)

9. 今までに手術をしたことはありますか

いいえ・はい ⇒ (手術 : 年) (手術 : 年)

10. 下記の疾患はありますか

高血圧・喘息・心臓疾患・脳梗塞・リウマチ・糖尿病
胃炎胃潰瘍・膠原病・その他 ()
★薬剤アレルギー () ★食物アレルギー ()

11. 内服している薬はありますか

いいえ ・ はい⇒お薬手帳を提出して下さい

★血流をよくするお薬を服用していますか いいえ・はい

12. 体内に金属はありますか

いいえ ・ はい

13. 女性のみお答えください

★妊娠中ですか はい (週) ・いいえ ★授乳中ですか はい・いいえ

下の図に○をつけて下さい

◎日常的にスポーツをされている方へ

種目 _____	所属チーム _____	ポジション _____
近々の大会スケジュール・復帰目標など _____	いつ _____	大会名 _____